



Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Departamento de Saúde Coletiva
Curso de Graduação em Gestão em Saúde Coletiva

SAMIRA DE CASTRO SILVA

CONCEPÇÕES DE SAÚDE DAS MULHERES LÉSBICAS

Brasília, DF
Julho, 2015

SAMIRA DE CASTRO SILVA

CONCEPÇÕES DE SAÚDE DAS MULHERES LÉSBICAS

Trabalho de conclusão de curso apresentado como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Gestão em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília.

Orientador: Prof. Dra. Ximena Pamela C. D. Bermúdez

Brasília, DF

Julho, 2015

SAMIRA DE CASTRO SILVA

CONCEPÇÕES DE SAÚDE DAS MULHERES LÉSBICAS

Trabalho de conclusão de curso apresentado como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Gestão em Saúde Coletiva pela Universidade de Brasília.

Aprovado em 08/07/2015

Banca Examinadora:

Prof. Dra. Ximena Pamela C. D. Bermúdez - Orientador

Prof. Dr. Edgar Merchan-Hamann

Brasília, 08 de julho de 2015.

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar a Deus pela força e coragem nesta longa caminhada. A minha família por todo apoio e por sempre acreditar em mim. Mãe, obrigada pelo carinho e pela paciência. O seu amor e dedicação significaram, muitas vezes, a certeza de que eu não estava sozinha nesta jornada. Agradeço ao meu pai que não teve oportunidade de presenciar a concretização deste sonho, mas tenho certeza que sempre esteve ao meu lado de onde ele está. Aos meus colegas de trabalho que de alguma forma me ajudaram a chegar aqui. Aos meus colegas de curso pelas alegrias, tristezas e pelas correrias compartilhadas, em especial as minhas amigas Elaine, Natasha e Amanda, que me apoiaram e me incentivaram nos momentos de desânimo durante esses cinco anos. Por fim, agradeço a minha orientadora, Professora Ximena Pamela C. D. Bermúdez, pela paciência e pelo auxílio na elaboração desta pesquisa.

RESUMO

As reflexões desenvolvidas neste trabalho buscam compreender as concepções de saúde de algumas mulheres lésbicas que participaram de uma pesquisa mais ampla desenvolvida por docentes e estudantes do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília. É um trabalho de abordagem qualitativa e de natureza empírica que utilizou um recorte temático com base na análise aprofundada de três entrevistas em formato de história de vida, com mulheres que se denominam lésbicas. As narrativas foram analisadas por meio do método da Teoria Fundamentada de Dados. O tema de reflexão deste estudo vem sendo mais explorado em pesquisas nos últimos anos, principalmente com a elaboração de políticas públicas destinadas a enfrentar a discriminação e o preconceito sobre populações de lésbicas, gays, travestis e transexuais que ainda persistem em nossa sociedade. Esta preocupação científica e político-programática com o assunto refletem um histórico de lutas e grande processo político, por se tratar de populações marginalizadas. Apesar das mulheres lésbicas terem ganhado maior visibilidade devido à sua inserção na mobilização para romper com o histórico de preconceito e discriminação, a lesbiandade ainda é vista de forma discriminatória por muitos setores sociais. Com relação aos serviços de saúde foi percebido por este estudo que as mulheres lésbicas devem receber orientações específicas sobre os riscos de saúde que podem vir a correr e precisam ser informadas de todo o processo, o que pode influenciar na maior frequência das procuras aos serviços. Por isso, além de atender às demandas de saúde desta população é necessário desconstruir a invisibilidade e reduzir a exclusão que ainda existe em relação a esse grupo populacional.

Palavras-Chave: Lésbicas; Homossexualidade Feminina; Saúde.

SUMÁRIO

RESUMO	5
1. INTRODUÇÃO.....	6
1.1 A CONSTRUÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE PARA A POPULAÇÃO LGBT	6
1.2 HOMOSSEXUALIDADE FEMININA.....	10
1.3 OBJETIVOS.....	11
1.3.1 OBJETIVO GERAL.....	11
1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	12
2. METODOLOGIA	13
2.1 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	16
3. RESULTADOS E DISCUSSÃO	17
3.1 O MOMENTO DE DESCOBERTA.....	17
3.2 A AUTOACEITAÇÃO.....	18
3.3 RELAÇÃO COM A FAMÍLIA	20
3.4 ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA	20
3.5 GESTÃO DE RISCO	23
4. CONCLUSÃO.....	26
REFERÊNCIAS	28

1. INTRODUÇÃO:

Este estudo foi realizado como Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Gestão em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília no 1º semestre de 2015 e tem como temática as concepções de saúde das mulheres lésbicas, tema que vem nos últimos anos sendo incorporado de forma diferenciada nas políticas de saúde, a fim de garantir o direito a saúde e o cumprimento dos princípios do Sistema Único de Saúde - SUS: a universalidade, integralidade e equidade. O tema acerca da saúde das mulheres lésbicas abre horizontes ao processo de luta dos movimentos de mulheres lésbicas para dar maior visibilidade as suas questões e, paralelamente, emergem aspectos relativos ao processo de enfrentamento de temas como machismo, estigma, discriminação e outros assuntos que, todavia estão fortemente enraizados em nossa sociedade.

O tema de reflexão deste estudo vem sendo mais explorado nos últimos anos, principalmente com a elaboração de políticas públicas destinadas a enfrentar a discriminação e o preconceito que ainda persistem em nossa sociedade. Porém, é um assunto que vem de um histórico longo de lutas e de um complexo processo político, por se tratar de populações marginalizadas.

Espera-se com este trabalho contribuir com informações a respeito da saúde das mulheres lésbicas, com o propósito de cooperar para a maior visibilidade dessas questões no campo da saúde coletiva. Já no campo político a escolha do tema mulheres lésbicas tem um recorte benéfico, pois atende a uma demanda crescente de políticas públicas de saúde a essa população.

1.1 A CONSTRUÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE PARA A POPULAÇÃO LGBT

O direito à saúde para todos no Brasil foi garantido pela luta do Movimento da Reforma Sanitária e é assegurado pela Constituição de 1988, com a criação do Sistema Único de Saúde - SUS. Saúde, para a Organização Mundial da Saúde (OMS), é considerada não apenas como ausência de doença, mas sim um completo bem estar físico, mental e social. É um conceito considerado utópico por muitos autores, mas, Victoria, et al.; (2000) reflete que saúde e doença devem ser analisados no âmbito coletivo, pensando nas relações dos indivíduos perante a sociedade e no mundo que se está inserido. Portanto é um processo que varia culturalmente.

Desemprego, falta de moradia, escolaridade, saneamento básico, alimentação digna, entre outros, chamados de determinantes da saúde, influenciam no processo saúde-doença e interferem diretamente na qualidade de vida dos indivíduos e consequentemente na saúde da população (BRASIL, 2013).

Por isso, neste trabalho o conceito de saúde considerado será de natureza ampla, que integra as necessidades básicas, como trabalho, moradia, saneamento, escola, mas também a vida e vivência pessoal da mulher, como a relação com a família, violência e com a saúde.

Apesar do direito à saúde ter sido garantido pela Constituição Federal em 1988, alguns direitos não são plenamente vividos por alguns indivíduos e grupos populacionais, como na população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros - LGBT. Os movimentos LGBT já estavam presentes no contexto político, porém a incorporação na agenda de saúde do tema da saúde da população homossexual, principalmente a homossexualidade feminina, começa a ser visível no Brasil apenas na década de 90, devido aos movimentos sociais e contexto político que caracterizou a década de 80 no país e também em outros países (BARBOSA e FACCHINI, 2006). Os movimentos lutavam por elaboração de políticas de saúde voltadas para as necessidades específicas desse grupo populacional.

De uma perspectiva político-programática e buscando dar visibilidade e fortalecer a inserção das diversas populações dentro do sistema de saúde, em 2004, foi lançada pelo governo a iniciativa “Brasil sem Homofobia – Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra LGBT”. O programa contou com a participação da sociedade civil e teve como objetivo o desenvolvimento de políticas, programas e ações contra a discriminação para a promoção da equidade de acesso aos serviços públicos (BRASIL, 2013).

Nessa mesma linha, o Ministério da Saúde lançou em 2004, o Comitê Técnico de Saúde da População LGBT, com o intuito de construir uma política específica para o Sistema de Saúde, com temas específicos da saúde desta população, tendo sido redefinido em 2011 (BRASIL, 2013).

O tema ganha aos poucos novos espaços e em 2006, o Ministério da Saúde publicou a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, na qual reconhece direitos e deveres dos usuários do Sistema Único de Saúde e contempla as especificidades de diversos grupos sociais no Brasil (BRASIL, 2013).

Em 2007 aconteceu a 13ª Conferência Nacional de Saúde e foi um grande marco, pois incluiu os temas de orientação sexual e identidade de gênero como determinantes sociais da saúde (BRASIL, 2013), ampliando os marcos teóricos e programáticos relativos à saúde da população.

O tema continuou crescendo na pauta ministerial e nos próprios movimentos sociais de modo que o Ministério da Saúde publicou em 2008, o Programa Mais Saúde – Direito de Todos que buscou também incluir ações de enfrentamento às desigualdades para grupos populacionais como negros, populações LGBT, entre outros, visando à reorganização das Políticas de saúde e

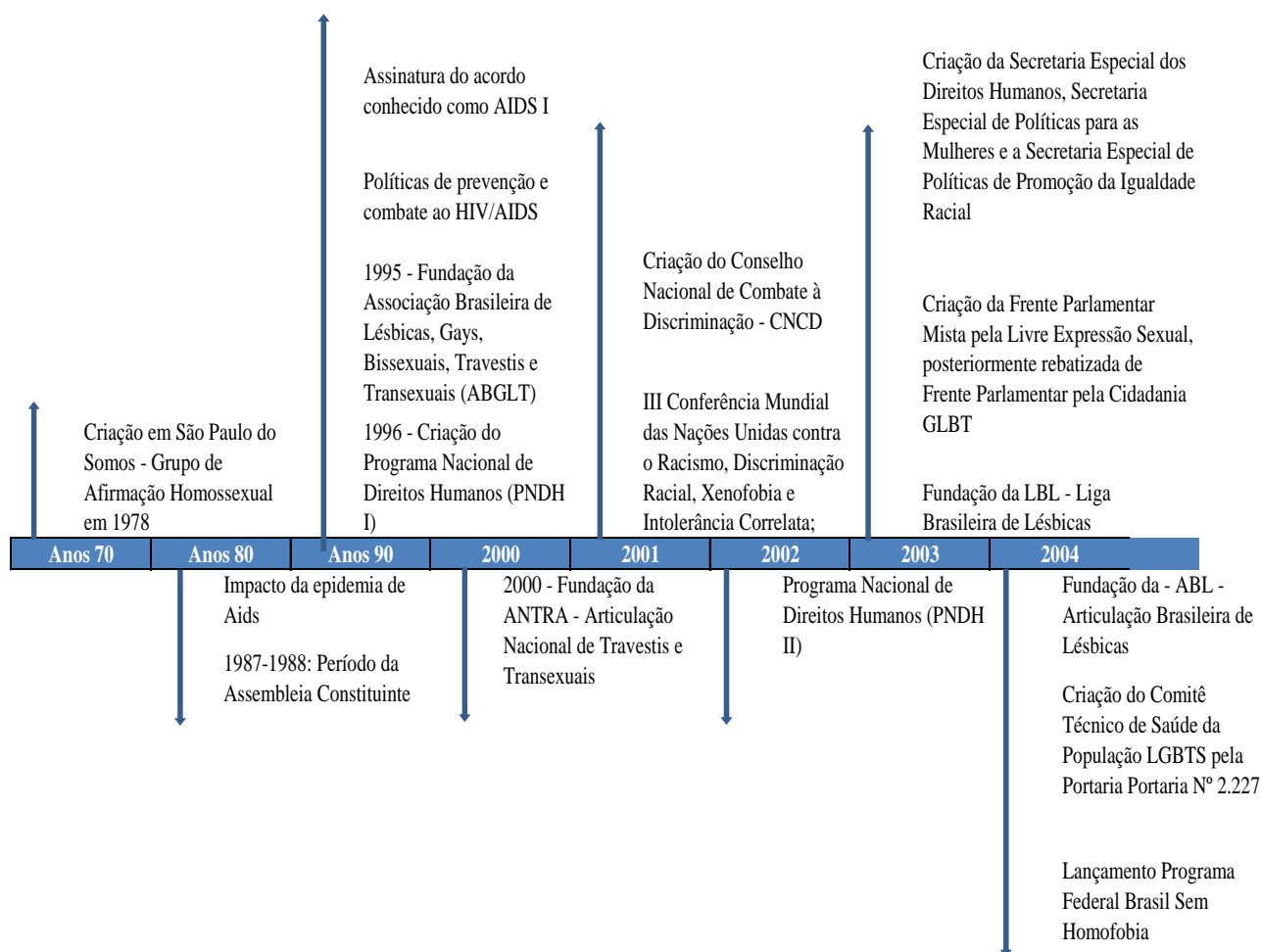
ampliação do acesso aos serviços e dando visibilidade a grupos que estiveram sempre à margem das políticas públicas.

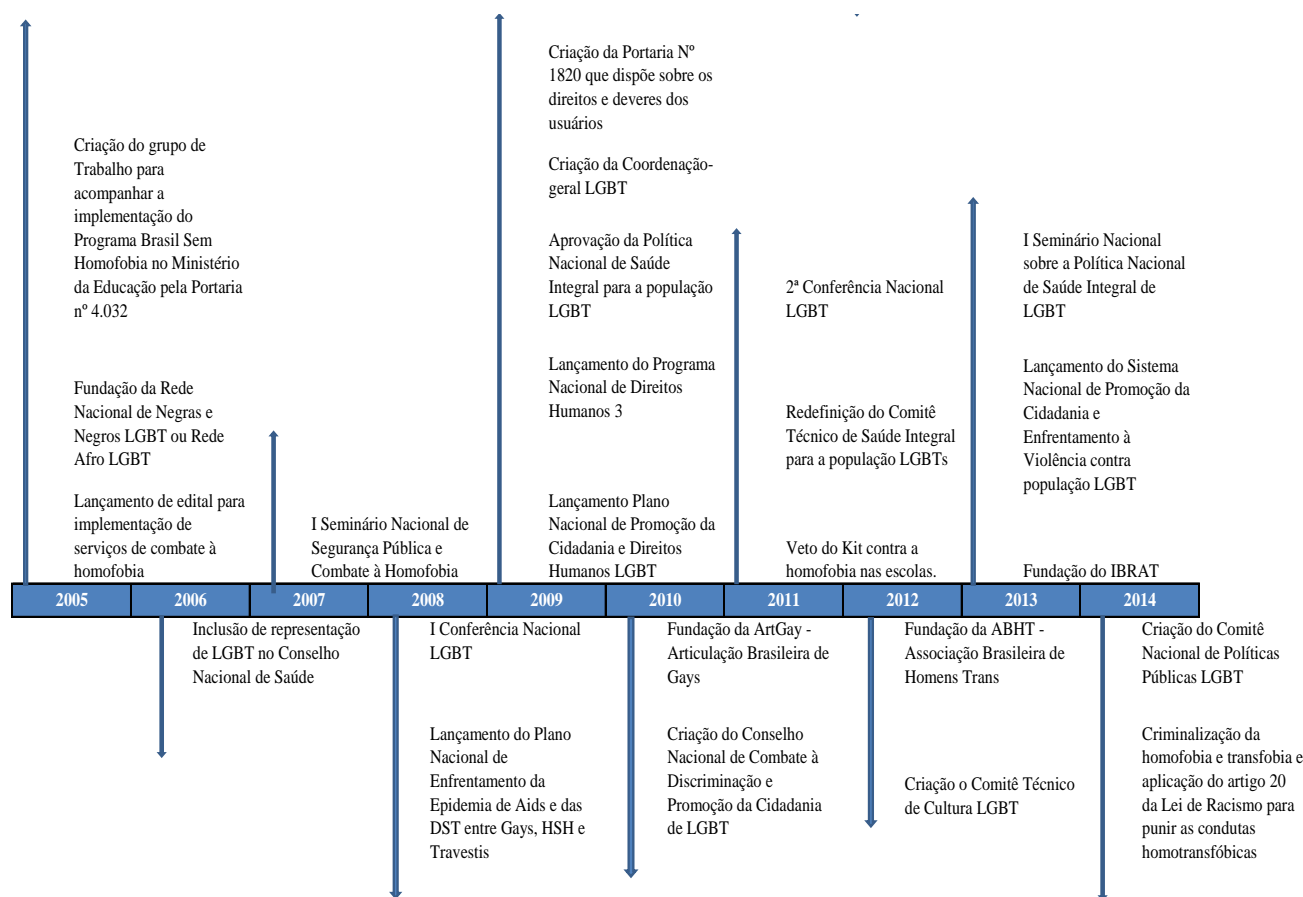
E, de forma mais estruturada e fruto do Programa Mais Saúde – Direito de Todos, foi definida a Política para Lésbicas, Gays, Bissexuais e Travestis, Transexuais e Transgêneros – LGBT, com o objetivo de reconhecer os efeitos da discriminação e da exclusão no processo saúde/doença e a redução das desigualdades relacionadas à saúde desses grupos mais vulneráveis (BRASIL, 2013).

Especificamente, no que tange à saúde das mulheres lésbicas, foi lançada em 2013 a Política Nacional de Saúde Integral da população LGBT que abre um marco neste histórico de lutas pela incorporação das especificidades da saúde das mulheres lésbicas na agenda das políticas de saúde e na visibilidade das mesmas nos serviços de saúde.

A seguir se apresenta uma figura contemplando as principais políticas públicas destinadas à população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais no Brasil desde os anos 70:

Figura 01 – Linha do Tempo: Políticas Públicas voltadas à população LGBT:





O Dossiê Saúde das Mulheres Lésbicas – Promoção da Equidade e da Integralidade demonstra a desigualdade que é vivenciada pelas mulheres lésbicas nos serviços de saúde. 40% das mulheres que procuram os serviços de saúde não declaram sua orientação sexual e dentre as que revelam, 28% afirmam que houve maior rapidez no atendimento pelos profissionais (BARBOSA E FACCHINI, 2006).

Menor regularidade na realização de exames preventivos, menos solicitações de exames específicos e a busca por atendimentos apenas quando surgem complicações maiores são exemplos apontados por Barbosa & Facchini (2006) causados pela invisibilidade da mulher homossexual.

Segundo a Política Nacional de Saúde Integral da população LGBT, a cobertura de exames de câncer cérvico uterino (Papanicolau) entre as mulheres heterossexuais chega a 89,7%, enquanto nas mulheres lésbicas e bissexuais esse índice cai para 66,7%, mesmo entre as mulheres com maior escolaridade e renda (BRASIL, 2013).

Inicialmente não houve contemplação das mulheres homossexuais em relação às ações de prevenção da AIDs e outras doenças sexualmente transmissíveis - DSTs, por elas serem

excluídas do grupo de risco (BRASIL, 2013), também afirmado por Mello et. al. (2011), que por muito tempo as mulheres homossexuais foram consideradas resistentes às transmissões de DSTs e por isso existiu certo afastamento nas relações entre homossexualidade feminina e a saúde.

Apesar das mulheres lésbicas terem ganhado maior visibilidade devido ao grande processo de lutas para romper com o histórico de preconceito e discriminação, a lesbiandade ainda é vista de forma discriminatória por muitos. Por isso, Valadão e Gomes (2010) afirmam que além de atender às demandas de saúde é necessário desconstruir a invisibilidade e exclusão que ainda existe em relação a esse grupo populacional.

1.2 HOMOSSEXUALIDADE FEMININA

Ainda hoje a sociedade está centrada em culturas machistas e na heterossexualidade, crenças que percorrem a sociedade desde muito tempo atrás. Exemplos são encontrados tanto nos campos políticos e econômicos, como nas religiões, mídia e núcleo familiar, ocasionando exclusão tanto das mulheres como também de homens homossexuais. Segundo Selem (2007), estes fatores definem a mulher em categorias limitadas.

Identidade de gênero é algo interno e individual que pode ou não corresponder ao sexo de nascimento, incluindo o corpo biológico e outras expressões, como atitudes, vestimenta, modo de falar, entre outros (BRASIL, 2013).

A cartilha “Mulheres Lésbicas e Bissexuais – Direitos, Saúde e Participação Social” (2013) compreende orientação sexual como atração afetiva, sexual ou emocional que indivíduos de gêneros diferentes, mesmo gênero ou mais de um gênero sentem um pelo outro. O Manual de Comunicação LGBT (2010) lançado pela Associação Brasileira de Gays, Lésbicas, Bissexuais, Travestis e Transexuais – ABGLT, afirma que o termo “orientação sexual” substituiu “opção sexual”, pois a ideia de opção leva a entendimentos de escolha do indivíduo.

É importante ressaltar que a orientação sexual não é previamente definida. O Manual de Comunicação LGBT (2010) afirma que ao longo da vida os indivíduos vão identificando diversas formas de vivenciar desejos, conforme as experiências vividas.

Por esses motivos os homossexuais se auto identificam de diferentes maneiras em relação à orientação sexual, como afirma Silva e Ferreira (2008). Segundo eles, mulheres que tenham tido uma relação heterossexual no passado e estejam numa relação homossexual podem se identificar como lésbicas, bissexuais ou até mesmo se recusarem a usar qualquer um desses termos, enquanto mulheres que não viveram experiências amorosas podem se auto definir como lésbicas. Este estudo irá trabalhar com mulheres que se autodefinem como lésbicas.

Lésbica é o termo utilizado para definir mulheres que se identificam como mulheres e sentem atração por outras mulheres. A palavra vem do latim *lesbius* (BRASIL, 2013). Para o Manual de comunicação LGBT (2010), lésbica é a mulher que atraída afetivamente e/ou sexualmente por pessoas do mesmo sexo/gênero e não precisa necessariamente ter tido experiências sexuais com outras mulheres.

Ainda hoje dentro dos movimentos é possível perceber as relações de poder, o que pode favorecer na permanência da invisibilidade das mulheres lésbicas e bissexuais (BRASIL, 2013). Estar num grupo social segregado buscando transformações significa passar por mudanças também nas relações pessoais e por este motivo muitas mulheres preferem o ocultamento (ALMEIDA e HEILBORN, 2008). Para o Movimento de Mulheres Lésbicas fazer a sociedade enxergar essas minorias é uma forma de superar as desigualdades.

A inserção das mulheres lésbicas nos movimentos proporcionou a entrada de temas como o machismo e invisibilidade feminina nas agendas. Os movimentos LGBT reivindicam mudanças nas áreas sociais, políticas, civis e humanas, necessitando de articulação de diversos setores (BRASIL, 2013). É preciso compreender que a discriminação caminha lado a lado ao machismo, racismo e misoginia¹.

Ao se discutir grupos minoritários, como as mulheres homossexuais, deve-se levar em consideração o grande processo político envolvido e que ainda hoje são alvos de discriminação, que geralmente se iniciam na própria casa. É preciso considerar que muitas passam por rejeições da família ou até mesmo a expulsão de casa, podem ser prejudicadas em ambientes profissionais ou escolares, entre outros, como afirmam Almeida e Heilborn (2008), e Brasil (2013).

Quando se fala das mulheres deve-se respeitar e reconhecer a diversidade desse grupo populacional. As mulheres lésbicas estiveram presentes em todo o processo de luta frente ao preconceito e violência (BRASIL, 2013), e segundo Brandão (2009), “as lésbicas são mulheres e lésbicas” e ao estudar a homossexualidade feminina é fundamental considerar que a orientação sexual e as aflições que isso traz, reflete grandes mudanças para a vida dessas mulheres.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GERAL

Compreender as narrativas de mulheres lésbicas sobre suas trajetórias e experiências de vida, tendo como foco aspectos relativos à saúde.

¹ Misoginia é a repulsa, desprezo ou ódio contra às mulheres (Dicionário Aurélio online).

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar concepções das mulheres lésbicas sobre saúde;

Levantar dificuldades e problemas quanto ao atendimento da população lésbica no sistema de saúde;

Registrar formas de cuidados à saúde a partir das percepções das mulheres lésbicas.

2. METODOLOGIA

É um trabalho de abordagem qualitativa e de natureza empírica. Além da revisão da literatura sobre o tema de saúde da população LGBT e, especialmente, mulheres lésbicas, analisaram-se também documentos oficiais do Ministério da Saúde acerca da temática, incluindo portarias, documentos técnicos e políticas.

Do ponto de vista empírico este trabalho utilizou um recorte temático sobre uma pesquisa mais ampla, direcionada à população LGBT: "Análise da Gestão de Risco e itinerários terapêuticos em populações vulneráveis: Travestis, HSH e mulheres lésbicas, um estudo comparativo entre as cidades do Rio de Janeiro e Brasília", realizada por pesquisadores da Universidade de Brasília. Para este trabalho foram analisadas entrevistas com três mulheres que se denominam lésbicas. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra.

Para coleta de dados utilizou-se como metodologia a história de vida, que compreende o estudo de vida de um indivíduo, grupo ou processo por meio da percepção e relato dos próprios sujeitos (SPINDOLA e SANTOS, 2003). Segundo Mota et. al (2013), é possível favorecer estudos de identidade ou até mesmo a memória de uma cultura.

Os dados coletados foram analisados baseando-se no método da Teoria Fundamentada de Dados desenvolvida por Glaser e Strauss em 1967, porém com algumas adaptações e ajustes necessários ao material coletado. A organização e codificação das narrativas utilizaram como principal referencia o trabalho de Charmaz (2009), que faz uma releitura da obra clássica de Glaser e Strauss e propõe uma linha sistemática de raciocínio para a interpretação das narrativas sociais a partir de uma análise minuciosa dos discursos por meio da identificação de palavras e conceitos chave.

De acordo com os princípios estabelecidos pelos fundadores, a Teoria Fundamentada dos Dados (*Grounded Theory*) é um método de pesquisa que busca o aprendizado a partir dos dados e tem seu foco específico no desenvolvimento da teoria por meio de uma contínua interdependência entre a coleta de dados e a análise (CHARMAZ, 2009). Os dados são analisados por meio de um exercício detalhado e sistemático de comparação.

O processo de construção da Teoria Fundamentada de Dados possui cinco etapas: desenho da pesquisa, coleta de dados, ordenação de dados, análise de dados e comparação com a literatura. Dentro destas etapas, nove passos são estabelecidos visando garantir o rigor da pesquisa.

Para Charmaz (2009), esse conjunto de passos permite desenvolver esta comparação, sendo estes: Etapa 1: Desenho de Pesquisa é composta pelos passos 1 - Revisão de Literatura, com o

intuito de estabelecer a questão de pesquisa, e passo 2 - Seleção de casos, que é a definição da amostra teórica e não aleatória, mas que garante o alcance dos objetivos.

Na segunda etapa, chamada de Coleta de Dados a Teoria Fundamentada dos Dados propõe a execução dos passos 3 e 4, Desenvolvimento de protocolos para coleta dos dados e a ida a campo.

O Desenvolvimento de protocolos para coleta dos dados é a elaboração de métodos que guia todo o processo da pesquisa, garantindo o rigor metodológico. Já o passo 4, Ida a campo, refere-se a métodos de coleta de dados flexíveis que garantem a sobreposição da coleta e da análise, ou seja, é uma garantia de que os dados sejam coletados e analisados simultaneamente.

A terceira etapa da Teoria, a etapa de Ordenação de Dados propõe que os dados coletados sejam colocados em ordem cronológica.

Assim que ocorre a ordenação dos dados inicia-se a quarta etapa: Análise dos Dados, composta pelas sequências 6, 7 e 8. A sequência 6 - Analisar os dados do primeiro caso usando o método de codificação. A sequência 7 compreende a amostra teórica, que é proposto que se reinicie o processo. A partir disso todos os dados são reexaminados, refinando os conceitos iniciais e identificando pontos mais complexos. A partir disso se chega à última sequência desta etapa, 8 - Fechamento, quando a partir dos dados não surgem novas categorias e questionamentos, atingindo a saturação teórica.

A última etapa, denominada de Comparação de Literatura é a comparação dos dados obtidos com a literatura. A seguir se apresenta um quadro síntese adaptado das principais linhas de raciocínio, de acordo ao trabalho desenvolvido por Charmaz (2009).

Quadro 1 – Elementos essenciais do processo de construção da Teoria Fundamentada de dados		
Sequência		Estratégias
ETAPA DESENHO DE PESQUISA		
1	Revisão de literatura	Definição da questão de pesquisa
2	Seleção de casos	Aspectos teóricos
ETAPA COLETA DE DADOS		
3	Desenvolver protocolo para coleta de dados em forma rigorosa	Tipo de métodos ou técnicas de coleta de dados
4	Ir a campo	Métodos de coleta de dados flexíveis Sobrepôr coleta e análise de dados
ETAPA ORDENAÇÃO DE DADOS		
5	Ordenar dados	Classificar os dados coletados em ordem cronológica e por conteúdo e significado
ETAPA ANÁLISE DE DADOS		
6	Analisar os dados do primeiro caso	Usar codificação (coding)
7	Amostra Teórica	Replicação teórica através dos casos (Reiniciar no Passo 2 até a saturação teórica)
8	Fechamento	Identificação da saturação teórica e conceitual dos dados,
ETAPA COMPARAÇÃO DE LITERATURA		
9	Comparar a teoria que se traduz nos dados com a literatura especializada sob o tema em foco	Ilustrar a comparação com quadros referenciais similares e conflitantes

Adaptada de: (PETRINI e POZZEBON, 2009).

Os procedimentos adotados neste estudo seguiram os seguintes passos: Para análise dos dados utilizou-se o método denominado por Charmaz (2009) de Codificação Linha a Linha, que se refere à denominação de cada uma das linhas dos dados obtidos.

"A Codificação é o elo fundamental entre a coleta dos dados e o desenvolvimento de uma teoria emergente para explicar esses dados. Pela codificação, você define o que ocorre nos dados e começa a debater-se com o que isso significa" (CHARMAZ, 2009. P. 70).

Com isso os períodos foram categorizados por seguimentos, chamados de códigos in vivo, que resumem e representam cada parte do discurso. Segundo Charmaz (2009), "os códigos revelam a forma como o pesquisador seleciona, separa e classifica os dados para iniciar uma

interpretação analítica". A partir da Codificação Linha a Linha, encontrou-se os códigos in vivo mais frequentes.

Os códigos in vivo mais frequentes encontrados deram origem a categorias mais amplas, conforme suas conexões: "Descoberta", "Autoaceitação", "Relação Familiar", "Violência" e "Gestão de Risco", assuntos que são retomados na seção seguinte.

2.1 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A pesquisa "Análise da Gestão de Risco e itinerários terapêuticos em populações vulneráveis: Travestis, HSH e mulheres lésbicas, um estudo comparativo entre as cidades do Rio de Janeiro e Brasília" foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Faculdade de Ciência da Saúde da Universidade de Brasília em 28 de agosto de 2013.

As entrevistas foram realizadas em consenso com as participantes. Durante a coleta de dados as entrevistadas assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE e foi dada a opção de escolha sobre o local da entrevista, quantas pessoas estariam entrevistando (uma ou duas pessoas) e se seriam do sexo masculino ou feminino. Além disso, foi garantido o sigilo das informações e identidade das participantes.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seguir se apresentam os principais resultados extraídos das narrativas destas mulheres e reflexões que se contrastam aspectos teóricos e conceituais da literatura consultada que mantém relação com aspectos surgidos nos discursos analisados. Para caracterizar estas mulheres se registram alguns dados relativos à idade, lugar de nascimento, chegada à Brasília e religião, à maneira de criar um breve perfil sobre cada uma delas.

A primeira entrevistada possui 21 anos, nasceu em Belém do Pará e veio para Brasília quando tinha 18 anos. É de família religiosa, mas não foi relatado frequentar alguma religião. É de classe média. A segunda nasceu em São Luís do Maranhão, mas foi criada no Rio de Janeiro e veio para Brasília aos 16 anos com a família. É espírita. Hoje é dona de um barzinho. É de classe média baixa. A terceira entrevistada possui 42 anos, nasceu no nordeste do país, mas veio para Brasília há mais ou menos 10 anos para trabalhar. Atualmente é professora. Veio de família religiosa, mas atualmente não frequenta nenhuma religião, mas acredita em Deus e tem sua própria fé. É da classe média.

3.1 O MOMENTO DA DESCOBERTA

Pelas entrevistas pode-se perceber que um momento de muito conflito para as mulheres lésbicas é o momento da descoberta, que ocorre principalmente na adolescência: "[...] Acho que foi a pior fase da minha vida, foi dos catorze, doze, até os dezoito, porque foi aquele momento de descoberta [...]".

Silva e Ferreira (2008), definem esse momento como confusão de identidade:

"A confusão de identidade só acontece se existir algum comportamento, desejo ou representação mental que seja percebido como diferente da norma social heterossexual. Este estágio pode originar várias reações, como por exemplo: curiosidade e pesquisa de mais informação sobre esta realidade; sentimento de desconforto e evitamento de comportamentos que possam ser entendidos como lésbicos; atitude negativa relativamente ao lesbianismo; assumir uma postura de assexualidade; envolver-se em comportamentos heterossexuais." (p. 04).

Esse momento normalmente é vivido com o sentimento que surge por uma amiga próxima, que dorme uma na casa da outra. A maioria das mulheres na adolescência chega a ter relações afetivas com homens antes de se identificarem lésbicas.

Esse momento de descoberta é considerado difícil, pois a maioria não se sente confortável em conversar sobre isso com ninguém, principalmente com os pais e não tem nenhuma referência sobre o assunto ou alguém que possa esclarecer as dúvidas que aparecem. Este fator apareceu em todos os discursos.

A falta de informação sobre o assunto e de alguém para pedir ajuda ou conselhos é um fator determinante e que influencia a vivência da mulher lésbica.

Isso também pode ser evidenciado na Cartilha Mulheres Lésbicas e Bissexuais – Direitos, Saúde e Participação Social (2013), que afirma que os assuntos sobre homossexualismo e lesbiandade eram retratados de forma marginal e superficial pelas próprias mulheres.

“[...] É aquela coisa da sorte de encontrar um grupo, alguém que seja uma referência assim, de que sua sexualidade pode ser reconhecida [...]”.

Esse momento se torna ainda mais difícil para aquelas mulheres que se encontram em famílias muito religiosas, pois a única referência que passam a ter daquilo é que se relacionar com pessoas do mesmo sexo é errado, que é pecado e que vão para o inferno.

Conforme Silva e Ferreira (2008), a homossexualidade ser tratada como algo errado e condenável pode ter consequências na saúde mental das mulheres lésbicas, como problemas de autoestima ou até mesmo depressão.

"[...] No início, não é fácil, principalmente quando você vem de uma igreja... O homossexualismo é tratado como pecado, você está pecando, você vai pro inferno, você vai ser condenada na vida eterna. Então a gente cresce com essa lógica tão cruel, né, e não creio que o homossexual escolha a homossexualidade [...]".

3.2 A AUTOACEITAÇÃO

Segundo o Manual de comunicação LGBT (2010), o processo de autoaceitação da condição de homossexual pode durar a vida inteira. Primeiro constrói-se uma identidade lésbica para si mesmo e então, pode ser ou não revelado para outras pessoas.

Outro ponto percebido nas falas das entrevistadas foi o processo de se auto aceitarem como homossexual. Isso pode estar relacionado à relação familiar e a falta de informação que essas mulheres possuíram na fase de descoberta.

Desde a infância as mulheres são educadas sobre o que fazer e o que não fazer e ir contra tudo isso e romper com esses valores trazem consigo um processo de lutas frente à família, amigos e a sociedade em geral (BRASIL, 2013).

“[...] E como os homossexuais não se assumem piora, não falando eu sou gay, porque tem que se acostumar com essa palavra, eu sou homossexual [...]”.

A trajetória "normal" da mulher dita pela sociedade inclui a heterossexualidade, o casamento e a maternidade e essas características podem influenciar e contribuir para manter as lésbicas ocultas, como afirma Brandão (2009).

Com relação às falas, esse processo de se assumir e de se aceitar como lésbica é um processo difícil, pois normalmente vai contra a família e contra tudo aquilo que se aprendeu e escutou durante a vida, mas é algo importante para mudar a forma como os outros veem aquele indivíduo.

“[...] Primeiro o homossexual tem que se reconhecer homossexual, né? Era duro, doía dizer essa palavra: eu sou homossexual. Era uma dor pra mim. Na verdade eu nem dizia. Hoje não dói. Foi preciso o tempo passar, foi preciso eu amadurecer, e eu acho que me conhecer melhor. Eu acho que enquanto o homossexual não aceita ele mesmo, o mundo não vai... Se ele não aceita, que dirá o mundo. Então eu acho que esse processo é muito dele, quando ele vai trabalhando [...]”.

Esses discursos também foram encontrados no estudo de Silva e Ferreira (2008), que afirmam que algumas mulheres homossexuais podem ter dificuldades em aceitar a sua identidade homossexual.

Algumas mulheres lésbicas podem viver a sua orientação sexual de forma invisível por receio das consequências negativas que a visibilidade traria para sua vida, principalmente nas relações familiares e profissionais (Silva e Ferreira, 2008).

A autoaceitação pode estar relacionada com o amadurecimento e o autoconhecimento. Quando a mulher tem conhecimento sobre a lesbiandade e passa a se aceitar e agir naturalmente frente a sua orientação, ela pode a partir daí modificar a forma como o mundo a trata.

Isto também foi encontrado no Manual de comunicação LGBT (2010) que afirma que assumir a orientação sexual é algo individual, mas que traz implicações também ao próprio movimento, agregando novas dimensões de visibilidade.

Por outro lado, o processo de aceitação e construção da identidade homossexual pode levar a confrontos com a negatividade do próprio indivíduo, chamados de homofobia internalizada.

A homofobia é definida como "medo, aversão ou ódio irracional aos homossexuais e a todos que manifestam orientação sexual ou identidade de gênero diferente dos padrões heteronormativos" (ABGLT, 2010), e a homofobia internalizada é o preconceito que os homossexuais sentem pela própria homossexualidade (PEREIRA, 2001).

Geralmente os homossexuais, antes de identificarem a sua orientação sexual, recebem conceitos e vivem em ambientes heteronormativos, sem nenhuma referência ou grupo homossexual, o que pode acabar gerando rotulações negativas frente a sua homossexualidade (PEREIRA, 2001), influenciando no processo de autoaceitação.

Silva e Ferreira (2008) afirmam que procurar ter contato com outras lésbicas pode compensar o "sentimento de alienação e isolamento", e que pode ajudar a mulher a encarar de forma mais positiva sua identidade. Isso também contribui para a autoaceitação da mulher e como os autores afirmam, "dar o apoio necessário às mulheres para conseguirem falar abertamente da sua orientação sexual na família, amigos ou trabalho" (SILVA E FERREIRA, 2008).

3.3 RELAÇÃO COM A FAMÍLIA

O processo de autoaceitação da sexualidade está muito relacionado com a relação da mulher lésbica com a família. Das três entrevistadas, duas mulheres não contavam com o apoio da família no início e se afastaram, mudando até mesmo de cidade.

Silva e Ferreira (2008) afirmam que muitas mulheres podem adotar uma postura de não se importarem com o que os outros pensam, mas que isso reflete na invisibilidade, pois as mesmas se afastam de situações "ameaçadoras", como as relações mais íntimas com familiares.

O afastamento do núcleo familiar pode significar na verdade um afastamento de todo aquele meio e realidade em que se está inserido, como vizinhos, igreja, amigos, entre outros. Com isso, a mulher se permite buscar novas referências sobre o que está sentindo, passando a conhecer coisas novas que antes nunca tinha ouvido falar ou que achava que era errado e passa a aceitar aquilo como a sua realidade.

No momento em que a mulher se descobre como lésbica, para não dar visibilidade a sua questão, ela pode querer evitar certos círculos, como por exemplo a família, amigos e colegas de trabalho e podem tomar decisões de forma a proteger sua identidade, como o local onde se vive, emprego que aceita, entre outros (Silva e Ferreira, 2008).

O processo de conversa com a família sobre sexualidade e homossexualidade não é fácil, como relatado por todas as entrevistadas. Normalmente os pais já sentem alguns sinais que os filhos deixam sem querer, mas ignoram, preferem fingir que não estão vendo e que não tem um filho homossexual.

"[...] Eu percebo que quando meu pai viu que tinha uma filha homossexual, ele se absteve totalmente com um comportamento um pouco autista. Minha mãe foi mais doce, mais amável, mas dela foi que eu ouvi coisas mais duras [...]".

Algumas mulheres lésbicas podem reagir negativamente à homossexualidade e isto pode estar associado ao medo de rejeição por parte da família ou grupo de amigos, conforme afirma Silva e Ferreira (2008).

3.4 ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA

A Organização Mundial da Saúde - OMS (2002) define violência como:

"O uso intencional da força física ou do poder real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação" (KRUG et al., 2002, p. 5).

Essas violências podem incluir violências físicas, como torturas, maus tratos e agressões, mas também podem incluir outras formas, como negação de oportunidades de trabalho ou estudo (BRASIL, 2013), chamadas de violências simbólicas.

Baseado nas entrevistas, a violência em relação a homossexuais ainda existe e está relacionado com a sociedade machista em que vivemos. Segundo a Cartilha Mulheres Lésbicas e Bissexuais – Direitos, Saúde e Participação Social (2013), até mesmo em Movimentos Sociais onde o objetivo é o contrário, as mulheres podem vir a sofrer por discriminações e preconceitos, pois ainda é visto como uma forma natural de agir nos espaços de poder.

"[...] A estrutura social já é uma forma de discriminação. Eu senti isso na vida, porque se eu não sentisse, eu não teria medo de falar eu sou lésbica, então eu senti a vida toda, porque se eu tivesse uma referência algo que eu pudesse me apoiar para me assumir eu não teria problema, não teria entrado em conflito [...]".

Minayo (2006) afirma que a violência "é um fenômeno sócio-histórico que acompanha o desenvolvimento da humanidade" e adquiriu um caráter endêmico, se transformando num problema de saúde pública, pois afeta a saúde individual e coletiva dos cidadãos.

Esses fatores podem estar relacionados na decisão das mulheres em expor sua orientação sexual por medo, contribuindo para a invisibilidade do homossexualismo feminino e trazendo

dificuldades no planejamento de políticas públicas específicas para atender melhor suas demandas.

Segundo a Cartilha Mulheres Lésbicas e Bissexuais – Direitos, Saúde e Participação Social (2013), algumas mulheres lésbicas podem vir a sofrer violências no convívio social, acarretando não só a omissão de sua orientação sexual, mas também muitos suicídios.

Foi observado nas falas de que as mulheres lésbicas podem sofrer um pouco menos de preconceito em comparação aos homens homossexuais e travestis e isso está relacionado com a nossa sociedade machista. As mulheres, por exemplo, desde a infância são estimuladas a ir para a casa de amigas, podem dormir junto uma das outras, já os meninos não.

“[...] Acho que pra mulher, talvez os riscos sejam menores, porque a mulher, como a gente tinha comentado, ela tem uma amiga e ela leva a amiga pra casa dela. Ela recebe a visita da amiga na casa dela ou ela mora com a amiga há um ano, três anos, três meses, enfim [...] Tenho a impressão que riscos em termos de violência da rua, é uma impressão que eu tenho, nunca estudei isso, mas tenho a impressão que isso é maior pros meninos, pros homens [...]”.

O artigo de Almeida (2009) afirma que as mulheres lésbicas sofrem mais violências físicas e psicológicas, tanto em lugares públicos como privados, em comparação às mulheres heterossexuais e elas estão mais expostas às violências psicológicas em relação aos homossexuais do sexo masculino.

Segundo a Política Nacional de Saúde Integral da população LGBT (2013) os gays e homens bissexuais são mais vulneráveis a doenças sexualmente transmissíveis e isso está diretamente relacionado às homofobias e segregação a que estão expostos, principalmente os mais jovens.

Entre 2003 e 2005 aconteceram 360 homicídios a população de gays, lésbicas, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil, com maior incidência na Região Nordeste (BRASIL, 2013).

Esse preconceito e machismo enraizado na sociedade podem levar os homossexuais a se relacionar fora de casa e em locais inadequados, gerando um maior risco à saúde de ambos.

“[...] Isso de fazer sexo em qualquer lugar é por causa da própria estrutura da sociedade, por exemplos, como as pessoas homossexuais vão ter um relacionamento parecido com o das pessoas heterossexuais, não transar com o sexo oposto, mais assim de levar em casa, aí vão para os outros lugares [...]”.

A não manifestação da sexualidade e orientação sexual no interior da família e em locais públicos acaba levando os homossexuais ao “exercício clandestino da sexualidade”, como locais e situações inapropriados e desprovidos de condições de higiene e mais propícios a doenças (BRASIL, 2013).

O preconceito também pelo que foi percebido pelas entrevistas está relacionado em como a mulher lésbica se vê e se aceita perante a sociedade. Quando a mulher já é bem resolvida e lida com sua orientação sexual de forma natural, as pessoas tendem a aceitar melhor.

“[...] Eu tento logo tratar com a maior naturalidade, falar logo que eu sou lésbica em alguns lugares como curso e a universidade. Acho que é muito como a gente trata também assim, porque que a gente começa a ficar muito encucada, só que tem essa coisa do conflito até em falar pros outros”. “Não sei se porque, como eu te falei, quando é oportuno que a pessoa saiba, ela sabe [...]”.

Na homossexualidade, a discriminação ocorre com maior frequência com aquelas mulheres que "parecem ser" ou tem comportamentos visivelmente homossexuais (SILVA E FERREIRA, 2008), porém os autores afirmam que "a discriminação está sempre presente pela pressão social que leva à necessidade de invisibilidade como forma de proteção e, por vezes, até, de sobrevivência social".

3.5 GESTÃO DE RISCO

Todas as pessoas precisam se cuidar e algumas mulheres acreditam que não precisam se preocupar com os cuidados com a saúde devido ao fato de se relacionarem com outras mulheres. Segundo a Cartilha Mulheres Lésbicas e Bissexuais – Direitos, Saúde e Participação Social (2013), o fato de ser lésbica ou bissexual não interfere em nada no cuidado à saúde que as mulheres devem ter, principalmente em relação às DSTs e aos cânceres de colo de útero e mama.

Pelas entrevistas pode-se perceber que as mulheres lésbicas mais velhas se preocupam um pouco mais com a saúde e com a gestão de risco do que as adolescentes ou mulheres mais novas. Essa preocupação com a saúde, além da idade, pode estar relacionada também com a auto aceitação e conhecimento sobre o lesbianismo.

Foi relatado por uma entrevistada que ela já foi ao médico ginecologista, mas que “ele era muito sem conhecimento” e não perguntou se ela era lésbica. A falta de um ambiente vantajoso às necessidades da mulher lésbica podem causar um mau atendimento devido ao ocultamento de informações, tanto da parte do profissional de saúde como também da mulher (ALMEIDA, 2009).

“[...] Eu nunca fiz esses exames. Nunca me recomendaram esse exame... Como eu não tenho um sexo intravaginal eles falam rápido que está tudo bem. Mais eu posso pegar outras bactérias [...]”

Em relação aos atendimentos nos serviços de saúde houve divergência entre as entrevistadas. Foi falado pelas mulheres lésbicas mais velhas que ao agir naturalmente são tratadas da mesma maneira pelos profissionais. E isto pode estar relacionado à autoaceitação e postura frente à orientação sexual que a mulher possui:

“[...] Eu vou a um ginecologista, e aí ele “você teve filhos?”, “não”, sei lá, “como é que você se previne pra não engravidar, você usa camisinha pra não engravidar?”, aí é o momento oportuno daquele médico saber que eu me relaciono com mulheres, entende? Eu falo “não, não uso nenhum tipo de anticoncepcional, só no caso de regulação do sistema hormonal, às vezes eu preciso usar, mas não como método contraceptivo porque eu me relaciono com mulheres [...] É natural... Acho que pela minha postura. Eu acho que depende muito de mim a forma como o outro vai me tratar porque eu falo naturalmente. Ele está conversando sobre um método contraceptivo, eu falo “não, eu me relaciono com mulheres [...] Então eu acho que é tão, tipo assim: “como é que eu posso estranhar ser diferente se está sendo tão natural isso aí pra ela”. Então eu acho que talvez eu interfira nessa forma dele se comportar em relação a mim [...]”.

Algumas mulheres têm receio de expor a sua orientação sexual aos profissionais por medo de sofrerem algum tipo de preconceito o que pode influenciar também na qualidade das consultas, já que certas informações serão ignoradas (ALMEIDA, 2009). Por este motivo é necessário que os profissionais de saúde tenham em seus currículos acadêmicos disciplinas que abranjam não só as especificidades de saúde dessa população, mas também a humanização do atendimento e a melhor forma de lidar com grupos específicos.

Segundo as entrevistas, as mulheres lésbicas tem conhecimento de que também correm riscos com a saúde, mas as mulheres mais jovens geralmente não pesquisam muito sobre o assunto, pois não esperam que aquilo possa acontecer com elas.

“[...] Eu sei que posso perder muito da minha vida por não me cuidar. Sei lá às vezes a gente fica meio alheio as coisas e só vai se ligar quando acontece alguma coisa [...] Eu não me previno, eu ouvi falar nisso eu acho que faz pouco tempo, mas eu pensava assim será que relacionamento lésbico, assim qual é propensão de contrair o vírus da AIDS, mais eu não me previno, eu sou muito assim com a própria saúde mesmo em todos os sentidos, tanto alimentar quanto sexual, só que eu não tenho digamos assim uma informação muito ampla sobre isso, eu realmente não pesquisei sobre o assunto [...]”.

As consultas com profissionais de saúde para exames ou apenas acompanhamento para sanar dúvidas devem ser regulares a todas as pessoas e uma prática periódica, a fim de levar uma vida saudável e livre de doenças (BRASIL, 2013).

Já as mulheres mais velhas relataram ter um pouco mais de preocupação e cautela ao se relacionar com outras mulheres. Elas prestam um pouco mais de atenção e preferem conhecer um pouco mais a outra pessoa antes de se relacionar afetivamente e sexualmente, mas, apesar desta preocupação, este cuidado se baseia em questões de higiene. Segundo uma das entrevistadas, são poucas as mulheres que tem a coragem de pedir exames de DSTs antes de entrar numa relação mais íntima.

Valadão e Gomes (2010) afirmam que devido aos preconceitos sofridos por muitas mulheres lésbicas desde a adolescência, há certo grau de estresse, desconforto por causa do não acolhimento nas instituições de saúde e baixa efetividade dos tratamentos.

As mulheres devem ter acesso a serviços de saúde de qualidade, sejam elas lésbicas, heterossexuais ou bissexuais. Elas precisam ser informadas de todo o processo e precisam sentir confiança em relação ao profissional, para que se desejar, possam revelar sua orientação sexual (BRASIL, 2013).

Todas as mulheres devem realizar exames preventivos e as mulheres lésbicas devem receber orientações específicas de seus médicos sobre os riscos de saúde que podem vir a sofrer, podendo influenciar na frequente procura aos serviços de saúde (BRASIL, 2013).

Em relação às doenças sexualmente transmissíveis as mulheres lésbicas devem estar cientes de que a transmissão não está relacionada somente com a penetração e que mesmo aquelas que só se relacionam sexualmente com outras mulheres devem se prevenir e realizar o sexo de forma segura (BRASIL, 2013). No caso das DSTs tanto as mulheres como os profissionais devem considerar que nas relações sexuais entre mulheres lésbicas a prevenção pode ocorrer de diferentes maneiras.

Outro fator que precisa ser levado em conta é a reprodução das mulheres lésbicas. Muitas delas desejam ter filhos biológicos e isto é possível mediante a reprodução assistida e os profissionais e os serviços de saúde devem estar preparados e capacitados para esta demanda, garantindo um serviço de qualidade e sem discriminação (BRASIL, 2013).

4. CONCLUSÃO

No campo das políticas públicas observou-se avanços importantes na focalização da população LGBT no que concerne ao campo da saúde. Contudo, ainda persiste a invisibilidade da homossexualidade feminina no âmbito dos serviços de saúde e também em outros espaços da vida em sociedade.

A presença das mulheres lésbicas nos movimentos sociais desde a década de 80 proporcionou maior visibilidade a essa população que desde então luta pela desconstrução de conceitos. Com este estudo percebeu-se que essa discussão não se deu sem lutas internas também nos próprios movimentos.

As mulheres lésbicas ainda são marginalizadas pela sociedade e isso normalmente se inicia no próprio lar, principalmente quando a família vem de tradição religiosa.

Um momento de grande conflito para as mulheres é o momento da descoberta de sua homossexualidade, pois geralmente o que foi passado como correto é a heterossexualidade. Neste momento elas não possuem uma referência ou base forte que possa ajudar a explicar o que está acontecendo.

Quanto à gestão de risco das mulheres lésbicas pôde-se perceber que as informações referentes aos riscos que elas correm ainda são limitadas e que muitas até possuem essas informações, porém não colocam em prática o cuidado.

A reestruturação dos serviços para atender essa demanda requer grandes mudanças no perfil da sociedade, pois depende da desconstrução de valores já formados e requer a superação do preconceito e discriminação enraizado, tanto no âmbito individual como coletivo.

No campo da saúde é necessário que sejam levados em conta os princípios da universalidade, integralidade e equidade, promovendo o enfrentamento da homofobia e discriminação. Há também a necessidade de sensibilizar os profissionais de saúde para o atendimento não discriminatório das populações LGBT.

Os dados expostos nesta pesquisa indicam que além de propor políticas de saúde das diferentes orientações sexuais, também é necessário desconstruir esse imaginário de subordinação das mulheres e exclusão das mulheres lésbicas e bissexuais.

Para intervir política e socialmente pela conquista dos direitos das mulheres lésbicas e da população LGBT deve-se adotar uma postura de intervenção, assumindo que a diversidade que define os seres humanos não deve ser motivos para discriminação.

Propor mudanças frente às populações vulneráveis requer conhecimento sobre as demandas e necessidades específicas dessa população, mas também um forte posicionamento sobre o direito de serviços de qualidade para todos.

Além disso, observou-se com este estudo que apesar do tema homossexualidade feminina estar na pauta dos movimentos sociais e das políticas públicas de saúde, ainda há poucos estudos sobre as mulheres lésbicas e sua relação com a saúde. Nesse sentido, é necessário que haja mais estudos sobre a homossexualidade feminina e suas especificidades, a fim de trazer maior visibilidade às questões desses grupos.

REFERÊNCIAS

ABGLT. Manual de comunicação LGBT: lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais. Curitiba: Ajir Artes Gráficas e Editora, 2010.

ALMEIDA, Gláucia; HEILBORN, Maria Luiza. Não Somos Mulheres Gays: Identidade Lésbica na Visão de Ativistas Brasileiras. Rio de Janeiro. V. 9, N. 1, P. 225-249, 2. Sem. 2008.

ALMEIDA, Gláucia. Argumentos em torno da possibilidade de infecção por DST e Aids entre mulheres que se autodefinem como lésbicas. *Physys - Revista de Saúde Coletiva*, v. 19, n. 2, p. 301 - 311. 2009.

BARBOSA, Regina Maria; FACCHINI, Regina. Saúde das Mulheres Lésbicas: promoção da equidade e da integralidade. Rede Feminista de Saúde, 40p. Ilus, tab. 2006.

BRANDÃO, Ana Maria. Lesbianismo, Feminismo e Ativismo Gay: Alianças Difíceis. *LES Online*, Vol. 1, No 1. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Cartilha Mulheres Lésbicas e Bissexuais. Direitos, Saúde e Participação Social / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa - Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais/ Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa - Brasília: 1 ed., 1 reimp. - Ministério da Saúde, 2013.

CHARMAZ, Kathy. A Construção da Teoria Fundamentada. Guia Prático para Análise Qualitativa: Kathy Charmaz; tradução Joice Elias Costa. Porto Alegre. 2009.

DICIONÁRIO DO AURÉLIO ONLINE. Disponível em: <http://www.dicionariodoaurelio.com/> Acesso em: Junho/Julho de 2015.

KRUG, E. G. et al. (Org.). Relatório mundial sobre violência e saúde. Geneva: Organização Mundial da Saúde, 2002.

MELLO, Luiz; PERILO, Marcelo; BRAZ, Camilo Albuquerque de; PEDROSA, Cláudio. Políticas de Saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: Em busca de universalidade, integralidade e equidade. *Sexualidad, Salud y sociedad - Revista Latinoamericana*. N.9 - dec. 2011 - pp. 7-28.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. *Ciênc. saúde coletiva* vol.11, Rio de Janeiro - 2006.

MOTA, Carla Souza; REGINATO, Valdir; GALLIAN, Dante Marcello Claramonte. A metodologia da história oral de vida como estratégia humanizadora de aproximação entre cuidador/idoso. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 29 (8):1681-1684, ago., 2013.

PETRINI, Maira. POZZEBON, Marlei. Usando Grounded Theory na Construção de Modelos Teóricos. Revista Gestão e Planejamento. Salvador. V. 10. N°.1. P.1-18, jan./jun. 2009.

PEREIRA, Henrique Marques. A homofobia internalizada e os comportamentos para a saúde numa amostra de homens homossexuais. Dissertação de mestrado. Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Lisboa. 2001.

SELEM, Maria Célia Orlato. A Liga Brasileira de Lésbicas: Produção de sentidos na construção do sujeito político lésbico. [Dissertação]. Universidade de Brasília. Instituto de Ciências Humanas. Departamento de História. Programa de Pós Graduação em História. Brasília. 2007.

SILVA, Maria João; FERREIRA, Eduarda. Lesbianismo, uma realidade invisível?, In Congresso Feminista 2008, Lisbon, 26-27 June 2008. UMAR.

SPINDOLA, Thelma; SANTOS, Rosângela da Silva. Trabalhando com a história de vida: percalços de uma pesquisa(dora?). Revista Esc. Enfermagem. USP 2003; 37 (2):119-26.

VICTORIA, Ceres; KNAUTH, Daniela & HASSEN, Maria de Nazareth. 2000. "Corpo e Doença na Antropologia". In: Pesquisa Qualitativa em Saúde. Porto Alegre: Tomo Editorial. P. 11-23.

VALADÃO, Rita de Cássia; GOMES, Romeu. A Homossexualidade feminina no campo da saúde: da invisibilidade à violência. Physis Revista de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 21 [4]: 1451-1467. 2011.